

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°.....

THÈSE

1483

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Théophile GREMONT

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 18 Octobre 1914, à Pont-Audemer

A Propos de deux Cas de Grossesse Tubaire non Rompue et Tordue

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE
pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Théophile GREMONT

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 18 Octobre 1914, à Pont-Audemer

**A Propos de deux Cas de Grossesse
Tubaire non Rompue et Tordue**

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOIN.
	PASTEUR-VALLERY.
Pathologie chirurgicale	RADOT.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	AUBERTIN.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LÉVY-VALENSI.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Henri BÉNARD.
	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LÉVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose	Maurice VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	COSTE Pathologie médicale.
ARIÉTY Pathologie médicale.	COUVELAIRE
BERNARD (E.). Pathologie médicale.	(Roger) Urologie.
BEZANÇON (J.). Hydrologie.	DELIARUE ... Anatomie pathologique.
BONNET Bactériologie.	DELAY Pathologie médicale.
BOULANGER . Chimie.	DEGREZ (H.).. Physique.
BOULIN Pathologie médicale.	DESAILLE ... Médecine légale.
BROUET Pathologie médicale.	DIGONNET ... Obstétrique.
BULLIARD ... Histologie.	DOGNON Physique.
CACHERA Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
CORDIER Anatomie.	GALLIARD ... Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.	
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS ...	Anatomie pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOL..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
M ^{lle} J. LÉVY..	Pathologie médicale.
LENÈGRE	Pharmacologie.

MM.	
MARCHAL ...	Pathologie chirurgicale.
MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAIL-LIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ..	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
VAUDESCAL .	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULÉ.	
CATHALA	
CHABROL.	
CHEVALLIER	
GASTINEL	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN.	
MOREAU	
PIÉDELIEVRE.	
SÉZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BROCQ.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
DL GAUDART	
D'ALLAINES.	
MOULONGUET.	
MOURE.	
QUÉNU.	

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	
VIGNE.	
PORTES.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MON ONCLE

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

Chirurgien de l'Hôpital Bichat,
Professeur de Pathologie Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.

*Qui a bien voulu nous faire l'hon-
neur de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES PETIT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Rouen.

*Qui fut mon premier Maître et qui a
bien voulu nous donner le sujet de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOUANNEAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux de Rouen.

*Dont les directives m'ont aidé dans
la rédaction de cette thèse, et qui fut
mon conférencier d'internat.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale
à l'Hôpital Laënnec.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard,
Professeur de clinique chirurgicale.

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR MADIER

Chirurgien de l'Hôpital des Petits-Ménages.

MONSIEUR LE DOCTEUR STEVENIN

Médecin de l'Hôpital Beaujon.

MONSIEUR LE DOCTEUR MARQUEZY

Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUY LAROCHE

Médecin de l'Hôpital Tenon.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY

Médecin de l'Hôpital Broussais,
Professeur de Clinique Cardiologique.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Ambroise Paré.

A MES CONFERENCIERS :

MONSIEUR LE DOCTEUR STEWART

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Médecin des Hôpitaux de Rouen.

MONSIEUR LE DOCTEUR MALLARME

Chef de Clinique à la Faculté.

MONSIEUR LE DOCTEUR BROUET

Chef de Clinique à la Faculté.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEROY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

A PROPOS DE DEUX CAS DE TORSION DE GROSSESSE TUBAIRE AMPULLAIRE

Nous n'avons nullement l'intention d'étudier ici les torsions de trompes en général, étude qui a fait l'objet de nombreux travaux et dont les observations sont de pratique courante. A titre d'exemple, nous citerons la thèse de J. Regad, intitulée : « La torsion des trompes utérines » et dans laquelle l'auteur a réuni au total plus de 400 observations et dont il publie les 125 plus caractéristiques ; il envisage avant tout le volvulus des trompes saines mais en le comparant à celui des trompes malades.

Il s'agit donc ici d'un phénomène d'observation fréquente lorsqu'on l'envisage à l'état pur, ou même se produisant sur une trompe malade ; il en va tout autrement lorsque la torsion intéresse une trompe gravide. La littérature ne nous en fournit que quelques cas isolés. Or, dans cette affection rare, nous avons pu récemment constater deux cas dans le service de notre maître, le Professeur Jacques Petit, à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Et, coïncidence exceptionnelle, ces deux malades ont été opérées, non seulement au cours de la même journée, mais simultanément dans chacune des deux salles d'opération, l'une par le Professeur Petit, l'autre par son assistant, le Docteur Jouanneau, le 27 septembre 1939.

Nous avons eu ainsi la bonne fortune de pouvoir étudier et comparer ces deux exemples d'une affection des plus rares.

PREMIÈRE OBSERVATION

Madame S. D..., âgée de 40 ans, journalière, entrée le 21 septembre 1939 à l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans le service du Professeur Petit.

Cette malade a été opérée, il y a 18 ans, par le Docteur Vallée, à Rouen, pour une grossesse tubaire gauche fissurée, avec hématoçèle enkysté.

Elle avait eu, un an et demi auparavant, une grossesse normale arrivée à terme.

Pendant 14 ans, aucun antécédent génital à signaler.

Ce n'est qu'il y a quatre ans que la malade a dû consulter un gynécologue qui a alors diagnostiqué et traité une métrite pendant quelques mois.

Puis, à nouveau, elle a été réglée normalement et régulièrement, ne se plaignant d'aucune douleur, d'aucune fatigue.

Ainsi, jusqu'au milieu de juin 1939, date de ses dernières règles. Au mois d'août, elle a constaté à deux ou trois reprises des pertes peu abondantes de couleur foncée, dont elle ne peut préciser la date, ni la durée.

Le 18 septembre, elle ressent de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, d'apparition brutale, à type de crampe, et s'accompagnant de nausées. Ces douleurs ont persisté, avec de légères accalmies depuis le matin jusqu'à une heure avancée de la soirée. La malade avait appelé son médecin vers la fin de l'après-midi ; ce dernier lui applique de la glace et des compresses laudanisées qui paraissent amener une nette amélioration.

Brève recrudescence au cours de la nuit.

Le lendemain, les douleurs sont beaucoup moins violentes, mais il reste une fatigue prononcée.

Le mercredi, le tableau ne se modifie guère et le médecin ne revient que le jeudi 21 septembre. Il constate au toucher vaginal une réaction douloureuse très nette dans le cul-de-sac droit ; et c'est alors qu'il fait conduire sa malade à l'hôpital.

A son entrée, les douleurs spontanées sont atténuées. Pas de température. Il en sera de même pendant les huit jours d'observation qui précéderont l'intervention.

A l'examen, l'abdomen respire normalement. Le palper montre une douleur localisée avec légère défense musculaire dans la partie inférieure de la

fosse iliaque droite, dont le maximum siège aux environs du point de Mac Burney.

Au toucher vaginal, on ne perçoit guère qu'un léger comblement du cul-de-sac droit qui est très douloureux. Douleur assez nette également au niveau du cul-de-sac antérieur qui est libre, ainsi que les deux autres. Col en position normale mais dont la mobilisation est très douloureuse.

Sur la persistance de ces signes, on se décide à opérer sur le diagnostic de grossesse tubaire droite.

Intervention

Le 29 septembre 1939 (Prof. Petit) :

— Anesthésie à l'évipan intra-veineux complétée par une inhalation légère de balsoforme.

— Laparatomie médiane sous-ombilicale. Quelques adhérences épiploïques provenant de la grossesse extra-utérine antérieure, à gauche.

— Gros hémato-salpinx droit tordu plusieurs fois sur son pédicule.

— Ablation de la trompe en ménageant l'ovaire qui est sain. Cautérisation du pédicule tubulaire.

— Fermeture en trois plans sans drainage.

— Du côté gauche, la trompe et l'ovaire avaient été enlevés.

— Ablation des fils le 9 octobre.

— Suites opératoires normales, si l'on excepte un

abcès au bras droit sans rapport direct avec l'affection qui nous intéresse.

— Le malade sort le 18 octobre.

Examen de la pièce

Grossesse extra-utérine, non rompue, du volume d'une orange, et développée dans l'infundibulum de la trompe. Triple torsion tubaire sur son axe au niveau de l'isthme.

DEUXIÈME OBSERVATION

Madame L..., âgée de 23 ans, sans profession, entrée le 27 septembre 1939, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans le service du Professeur Petit.

Dans les antécédents de la malade, rien à signaler au point de vue gynécologique ; ni grossesse, ni fausse couche antérieures. Règles apparues à l'âge de 14 ans et, depuis, normales et régulières.

Il en fut ainsi jusque vers le milieu de mai, date des dernières règles normales.

Le 14 juillet, la malade est prise brusquement d'une douleur très violente au niveau de la région hypogastrique et d'une durée de deux heures environ.

Les jours suivants, asthénie marquée avec anorexie, mais sans douleurs. La malade se rappelle

avoir constaté alors, et à plusieurs reprises, des pertes peu abondantes, mais prolongées, de couleur brunâtre à certains moments.

Le 20 juillet, nouvelle crise douloureuse, aussi violente que la première, mais de plus longue durée, deux jours environ, avec de rares accalmies et des paroxysmes.

Puis, les semaines suivantes, douleurs plus atténuées et intermittentes, asthénie toujours très prononcée.

Le 14 août, troisième crise douloureuse, toujours très violente, d'une durée de 24 heures.

Depuis, les douleurs n'ont jamais revêtu une telle intensité.

Mais leur répétition dès que la malade n'observe plus un repos absolu, jointe à une altération progressive de l'état général ont enfin amené la malade à l'hôpital le 27 septembre.

Le médecin traitant avait pensé à une appendicite, malgré la température normale au cours de chacune des crises douloureuses, aussi bien que dans leur intervalle.

Durant les deux jours d'observation qui ont précédé l'intervention, nous avons constaté la disparition des douleurs sous l'influence du repos au lit, avec une légère reprise de l'appétit. Le siège des dernières douleurs avant l'hospitalisation était dans la fosse iliaque droite au-dessus de l'arcade crurale.

A ce niveau, en effet, l'examen met en évidence une douleur provoquée localisée, avec une défense musculaire assez nette et s'étendant jusque vers la ligne médiane qu'elle dépasse à peine. En haut et en dehors, elle s'étend jusqu'au voisinage de l'épine iliaque supérieure droite. Ces faits expliquent le diagnostic d'appendicite posé par le médecin traitant.

Le toucher vaginal nous montre un utérus mobile. Le cul-de-sac gauche est très douloureux et présente une masse du volume d'une pomme, de contours réguliers, mobile, accolée à l'utérus dont elle ne suit pas les mouvements. Le cul-de-sac antérieur et surtout le Douglas sont également très sensibles.

Le diagnostic de grossesse tubaire gauche est posé.

Intervention

Le 29 septembre (Docteur Jouanneau) :

- Anesthésie au balsoforme.
- Médiane sous ombilicale.
- On trouve un gros hémato-salpinx gauche non rompu et dont le pédicule est tordu.
- Castration unilatérale gauche.
- Fermeture en trois points ; crins perdus ; crins et agrafes sur la peau.
- Ablation de ces derniers le 9 octobre.
- Les suites opératoires sont normales et la malade sort le 27 octobre pour se rendre dans une

maison de convalescence, son état général nécessitant un repos prolongé.

Examen de la pièce

Grossesse extra-utérine du volume d'une mandarine, non rompue et développée dans la région ampullaire de la trompe gauche. Le pédicule est tordu à 360° sur son axe au niveau de l'isthme.

A la lumière de ces deux observations, pouvons-nous tirer quelques éclaircissements quant aux facteurs prédisposants et à l'étiologie de ces torsions ? Il semble bien que non. Nous n'avons pu, dans l'histoire clinique, retrouver aucune particularité symptomatique qui différencie quelque peu ces deux observations d'une quantité d'autres analogues et dans lesquelles il s'agit d'hématocèle avec un pédicule tubaire indemne. Aucune prédisposition d'ordre morphologique ; d'ailleurs, l'une des malades en question avait déjà présenté une grossesse tubaire du côté opposé (et il s'agit là d'un fait fréquemment observé), laquelle grossesse ne s'était pas tordue.

Seul, le siège ampullaire de l'œuf nous apparaît comme facteur favorisant, sinon nécessaire.

En ce qui concerne le mécanisme même de ce volvulus, nous ne possédons guère plus de renseignements. Sur ce point, de nombreuses hypothèses ont été émises à propos des torsions tubaires en général. Les uns attribuent une importance primordiale au

facteur mécanique, surtout en ce qui concerne les trompes malades ; théorie hémodynamique, théorie anatomique, théorie de Cathelin, etc... D'autres incriminent plus volontiers un élément physiologique : entre autres, le péristallisme tubaire. Nous signalerons à ce propos une publication de Le Balle : « Une observation rare de pyosalpinx tordu de la trompe gauche et avortement tubaire simultané de la trompe droite. » Cette étude nous intéresse en ce sens qu'il s'agit, à défaut de torsion de la trompe gravide elle-même, tout au moins d'un volvulus tubaire au cours d'une grossesse et que, précisément, l'auteur envisage le rôle de celle-ci dans le déterminisme de la torsion. Il distingue des « causes favorisantes, constituées surtout par l'équilibre tubaire rendu instable par la tumeur ampullaire et, peut-être aussi, par le péristaltisme d'une trompe sinueuse, mobile, et pédiculée ». Mais il insiste sur le « rôle capital et déterminant joué par la congestion sanguine intense des organes génitaux à l'occasion de la grossesse ». Et il invoque la théorie physico-biologique de Pays dans laquelle se trouvait concentrée cette pathogénie des torsions tubaires au cours de la grossesse ; cette théorie est basée sur l'accroissement de la pression sanguine des vaisseaux de la trompe et démontrée expérimentalement : torsion d'un disque à pédicule formé de trois tubes de caoutchouc injectés à pression égale.

Ce rôle capital, que l'auteur fait jouer à la gros-

sesse dans la pathologie de la torsion, semblerait confirmé par certaines statistiques. Dans la thèse que nous avons mentionnée au début, J. Regad relève 20 % de volvulus tubaires constatés au cours de grossesses utérines.

Le rôle favorisant de la tumeur par l'instabilité de l'équilibre tubaire pourrait être appuyé par les nombreux exemples de torsion de pyosalpinx. D'une façon générale, nous connaissons par ailleurs la fréquence des torsions de tumeurs pédiculées : kystes de l'ovaire, fibrômes.

Mais alors, si nous appliquons cette pathogénie de la torsion tubaire au cas qui nous intéresse présentement, c'est-à-dire à la trompe gravide, nous pouvons nous demander pourquoi cette éventualité se rencontre avec une telle rareté ? La grossesse ampullaire, en effet, la plus fréquente des grossesses ectopiques présente tous les éléments envisagés par l'auteur comme favorisant et déterminant la torsion tubaire. D'une part, la rupture d'équilibre provoquée par la tumeur : « celle-ci est habituellement pédiculisée par le méso-salpinx et la portion isthmique de la trompe ; ce pédicule laisse une certaine mobilité à la trompe, qui peut se couder et tomber avec l'ovaire dans le Douglas ; elle peut s'y enclaver, elle peut même se tordre (Pozzi, Martin). Il existe, en plus, même dans la grossesse normale, une hypertrophie en longueur et en épaisseur

•

de la trompe, hypertrophie qui s'exagère sur la trompe gravide.

D'autre part, l'augmentation de la pression sanguine des vaisseaux tubaires, au cours de la grossesse normale, ne peut être que plus marquée encore au cours de la grossesse tubaire.

Il est donc évident que ces différents facteurs envisagés par l'auteur ne suffisent pas à expliquer la pathogénie du volvulus de la trompe au cours de la grossesse et que, sur ce point, peu d'éléments peuvent être établis avec certitude. Tout au plus, et seulement dans les grossesses ampullaires fissurées de façon précoce, cette rareté de la torsion pourrait elle trouver une explication : la formation de fibrine (1) autour de l'organe et déterminant des adhérences qui fixent alors la tumeur.

Un seul fait semble certain : la torsion est postérieure à la nidation de l'œuf. Il est difficile, en effet, de supposer que la force (2) des spermatozoïdes soit telle qu'ils puissent franchir l'obstacle créé par la torsion, au cours de leur progression à travers la lumière de l'organe.

Si, maintenant, nous considérons le tableau clinique des deux cas décrits ci-dessus, nous pouvons constater que la torsion n'apporte à la symptomatologie aucun élément propre, ni même la moindre parti-

(1) Provenant du sang épanché.

(2) De pénétration.

cularité permettant seulement de la soupçonner cliniquement.

Il a bien été décrit pourtant un « syndrome de torsion tubaire », syndrome dont J. Regad nous décrit les éléments dans la thèse que nous avons mentionnée. Il distingue des formes aiguës dans la thèse que nous avons mentionnée. Il distingue des formes aiguës, subaiguës et chroniques, d'une part ; des formes graves ou frustes, d'autre part ; enfin, des formes récidivantes. Au point de vue symptomatologique, des formes avec syndrome d'hémorragie intra-péritonéale, d'autres avec douleur ou tumeur. Nous y ajouterons la forme pseudo-occlusive qui est analogue à celle que l'on observe au cours des torsions de kystes de l'ovaire.

A côté de ces formes pures, il cite également les torsions associées à d'autres lésions : utérines, ovariennes ou salpingiennes et, en particulier, le cas qui nous intéresse, à la grossesse utérine au extra-utérine, enfin, à d'autres lésions abdominales, appendicite, notamment.

Or, dans toutes ces diverses formes cliniques, il isole différents éléments qui, groupés, lui permettent de décrire un « syndrome de torsion tubaire », lequel, dit l'auteur, domine le tableau clinique, dans les formes pures :

1° Crises douloureuses pelviennes avec agitation, parfois au moment des règles ;

2° Pouls rapides, température normale ;

3° Masse latéro-utérine, irrégulière, mobile, douloureuse ;

4° Absence de signes de grossesse tubaire.

Or, il apparaît de suite que, sans cette absence de signes de grossesse tubaire, ce tableau perd toute sa valeur, ses différents éléments pouvant être attribués à une grossesse annexielle.

Nous savons, d'autre part, avec quelle fréquence, la grossesse tubaire non tordue peut donner lieu à des syndrômes pseudo-occlusifs ou pseudo-péritonéaux, lesquels se retrouvent également au cours des torsions d'organes pelviens, en particulier dans celles de l'ovaire kystique.

Et, dans les deux cas qui nous occupent, il est absolument impossible de faire la part de ce qui revient à la grossesse ectopique et à la torsion. Il en est de même dans un cas publié par H. L. Popper, dont le tableau se rapproche sensiblement de nos deux observations (1), le voici, résumé par E. Desmarest (*Journal de Chirurgie*, tome 38, p. 764) :

« Une femme de 40 ans entre d'urgence, le 8 novembre 1900. Elle a eu quatre accouchements normaux, deux fausses couches provoquées dont une avec une température élevée. Les dernières règles datent du 17 octobre. Depuis deux jours, elle souffre de crampes dans la région génitale droite, d'abord espacées, puis continues et violentes, avec irradiation à l'épaule droite. Pas de vomissements, pas

(1) Avec toutefois un caractère plus aigu.

d'arrêt des matières et des gaz. Défense musculaire intense du bas-ventre, à droite ; le reste de l'abdomen est souple. L'utérus, un peu augmenté de volume, est douloureux à la mobilisation. Douglas hombant fortement. Dans le cul-de-sac gauche, résistance diffuse du volume d'un œuf de poule. 14.000 leucocytes. (Il aurait été intéressant de connaître le pourcentage de polynucléaires.)

« A l'intervention, pratiquée immédiatement, on trouve une trompe droite tordue à 360 degrés, sur la moitié distale de laquelle apparaît une perforation du volume d'une pois, donnant issue à du tissu villeux. L'ovaire droit n'a pas participé à la torsion. On pratique une salpingectomie et l'examen histologique confirme le diagnostic de grossesse tubaire tordue et rompue. »

Dans les trois cas, le diagnostic de grossesse ectopique a donc été posé, et on n'y trouve aucun des éléments du tableau clinique qui ne puisse être attribué à cette affection. Il en serait de même pour des torsions de grossesse ampullaire avec un syndrome péritonéal plus intense ou avec des signes occlusifs ; nous connaissons, en effet, ces deux formes de grossesse ectopique rompue.

Que l'affection se présente donc sous un aspect subaigu, avec des poussées plus ou moins rapprochées, comme c'est le cas dans les deux observations relatées plus haut, ou bien avec une allure plus aigüe, comme chez la malade de Popper, il y a tou-

jours absence de signes pathognomoniques, ou même permettant d'envisager une torsion. Et celle-ci n'est jamais constatée que lors de l'intervention.

Dans tous les cas publiés, dont nous avons eu connaissance, de même que dans ceux que nous avons relatés, l'intervention a été pratiquée sans retard, sur l'indication de grossesse ectopique ou même, dans certains, d'un syndrome abdominal aigu quelconque. C'est ce qui explique en partie l'absence totale de complications propres à la torsion au cours de leur évolution. Chez nos deux malades, en effet, l'influence de la torsion sur les suites opératoires a été absolument nulle.

Si nous nous en référons à certains auteurs, on voit dans tous les cas non opérés, survenir les complications habituelles des torsions, les mêmes, quel que soit l'organe lésé : c'est-à-dire infection, hémorragie et complications mécaniques, aboutissant ici, lorsqu'abandonnées à elles-mêmes, à l'amputation des annexes et parfois greffes ovariennes secondaires.

Nous avons déjà vu que le tableau clinique peut revêtir une allure subaiguë avec poussées, ou bien une allure aiguë et même parfois suraiguë. Il nous est difficile, par ailleurs, de citer de nombreuses formes cliniques de la torsion des trompes gravides, étant donné le peu d'exemples dont nous avons eu connaissance. Nous pouvons, bien entendu, envisager et gynécologie de Bordeaux, séance du 28 novembre

toutes les formes symptomatologiques des grossesses ampullaires, la torsion étant susceptible de se rencontrer au cours de chacune de ces formes (du moins, nous n'avons aucune raison de penser qu'il ne puisse en être ainsi). Nous aurons donc, sans entrer dans les détails, deux grands aspects : torsions de grossesses non rompues ; torsions de grossesses rompues (1) ; sur neuf cas relevés dans la littérature, Popper n'en a trouvé qu'un seul de grosseur rompue (2), de rupture avec formation d'hématocèle enkystée. Nous ne voyons aucune raison pour que la torsion ne puisse être découverte à l'occasion d'une rupture avec inondation péritonéale.

Si nous nous plaçons au point de vue anatomo-pathologique, nous ne rencontrons qu'une seule variété : la grossesse ampullaire et nous imaginons difficilement la possibilité de torsion d'une grossesse isthmique.

La torsion est complète ou incomplète ; dans le premier cas, elle peut présenter plusieurs tours de spires ; une de celles que nous avons rapportées était, nous l'avons vu, à triple tour.

Enfin, la torsion de grossesse tubaire peut être associée à d'autres affections, et nous pourrions ici multiplier ces éventualités pathologiques. Nous nous arrêterons cependant à une observation publiée par MM. Charbonnel et Foureau (Société d'Obstétrique

(1) Les premières paraissant les plus fréquentes.

(2) Dans les cas de grossesse rompue, il s'agissait en général.

1928, cf., *Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie*, 18, 209, mars 1929) : « Grossesse tubaire avec torsion de la trompe gravide, à droite, avec gros kyste de l'ovaire non tordu, chez une femme opérée il y a 8 ans de grossesse extra-utérine gauche. »

« Il y a huit ans, cette malade, qui avait eu deux enfants, fut opérée par nous, pour un volumineux hématoë intra-ligamentaire consécutif à une rupture de grossesse ampullaïre en plusieurs temps. Le diagnostic avait été assez difficile, mais finalement, celui d'hématocèle fut porté et, dans la nuit même qui précéda le jour fixé pour l'opération, il y avait eu poussée douloureuse due à une nouvelle hémorragie. Cette malade n'ayant à ce moment que 24 ans, on fit la castration gauche.

« Depuis, elle allait bien, avec des règles irrégulières, cependant. Elle n'eut pas de nouvelle grossesse quand, il y a 20 jours, elle fit brusquement des accidents très douloureux du côté droit du ventre. Le médecin crut d'abord à une appendicite. Tout se calma pendant 24 heures mais, le lendemain, nouvelle crise douloureuse. Nous la voyons alors et constatons, dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade crurale, une tuméfaction ; tout le ventre est ballonné, arrêt des gaz, nausées. Nous pensons plutôt à une lésion génitale : pyosalpinx avec hématoë ; mais le toucher vaginal est négatif. La tumeur paraissait haute. Pas de température ; pouls rapide. Après 24 heures d'observation, la tumeur et le bal-

lonnement paraissent augmenter quoique la température ne dépasse pas 38°. Notre diagnostic se fixe sur celui d'hématocèle. Il faut noter un léger écoulement brunâtre par le vagin, mais nous ne pouvons rien fixer au sujet d'un retard possible des règles.

« *Intervention* : à droite, un gros kyste de l'ovaire qui, ponctionné, donne un liquide clair ; au-dessous de lui, une grosse trompe noirâtre, infarctie, rompue à sa partie inférieure où elle épanche des caillots dans le petit bassin. La partie interne de la trompe est tordue sur elle-même, dans le sens des aiguilles d'une montre, torsion complète. De la partie externe de la tuméfaction tubaire, on voit sortir un petit appendice, long de 3 centimètres, gros comme un petit crayon, portant des franges à son extrémité. Cela paraît être la portion externe de la trompe, dans laquelle il n'y a pas d'hémorragie. Hystérectomie sub-totale rapide de gauche à droite sans drainage. La malade va bien. Signaler, en outre, un pavillon accessoire. »

« A vrai dire, ayant voulu conserver la pièce intacte, nous n'avons pas ouvert la trompe ; nous allons le faire devant vous. »

« Aussi, le diagnostic de grossesse tubaire peut-il être discuté et nous nous sommes évidemment demandé s'il ne s'agissait pas d'une torsion aigüe d'une trompe saine avec infarctus, le kyste de l'ovaire, suffisamment indépendant, ne s'étant pas tordu sur lui-même. Il faudrait alors admettre que

sous l'influence de la distension sanguine, la trompe se serait rompue et aurait commencé à épancher du sang dans le péritoine par cette rupture, ce qui est, croyons-nous, exceptionnel, mais pas impossible. Le syndrome clinique serait absolument le même que celui d'une grossesse tubaire avortant ou se rupturant par fissuration en plusieurs temps.

« Le cas est en somme assez rare et on ne peut, de toute façon, l'interpréter.

— Torsion d'une trompe, probablement gravide.

— Hématôme péritonéal secondaire.

— Kyste de l'ovaire non tordu.

chez une femme opérée auparavant d'un hématocele par grossesse ampullaire rompue. »

Cette observation nous présente donc une torsion de grossesse tubaire avec une allure aigüe et des signes d'occlusion. Ici encore, c'est un diagnostic d'hématocele qui a été posé. Il est à remarquer, par ailleurs, que le kyste de l'ovaire sus-jacent n'a pas participé à la torsion ; or, on sait que la torsion d'un kyste de l'ovaire est nettement plus fréquent que celle d'une trompe. Il faut donc admettre que les facteurs déterminants du volvulus ont agi électivement sur la trompe, ou bien alors, que le kyste ne présentait pas les conditions anatomiques requises à cet effet.

De ces diverses observations, il ressort donc qu'il n'y a pas lieu d'envisager le diagnostic clinique

positif, ce dernier n'étant pratiquement jamais fait ni même soupçonné.

De même, il ne s'agit pas non plus d'établir un diagnostic différentiel puisque, en fait, on n'aura jamais à faire intervenir dans la discussion clinique une hypothèse de torsion de trompe gravide. Il reste seulement à exposer brièvement à la suite de quels diagnostics cliniques cette affection est le plus souvent constatée au cours de l'intervention.

Dans la plupart des cas dont nous avons eu connaissance, le diagnostic de grossesse extra-utérine a été posé. Il ne s'agit donc ici que d'un diagnostic incomplet et non d'une erreur, à proprement parler. La torsion, il faut le reconnaître, est alors un élément de second plan. Que ce soit, en effet, un hématosalpinx, ou bien un hématocele enkysté qu'il soit diagnostiqué, ou même une grossesse tubaire non rompue, dans tous ces cas et à plus forte raison en présence d'une inondation péritonéale, l'indication opératoire est formelle.

Il en sera de même pour tous les syndrômes abdominaux aigus chirurgicaux, en présence desquels aucune hésitation thérapeutique n'est permise ; c'est ainsi que deux des malades dont nous avons parlé ont été envoyées à l'hôpital par leur médecin sur un diagnostic d'appendicite aiguë. Nous citerons également l'occlusion aiguë ; mais nous n'insisterons pas autrement sur cette catégorie de diagnostics,

étant donné leur sanction identique : l'exploration chirurgicale à bref délai.

C'est donc la recherche des signes de grossesse, d'une part, et de grossesse ectopique, d'autre part, que nous aurons à pratiquer systématiquement dans tous les cas. Nous ne devons, en effet, avoir d'autre ambition que de poser un diagnostic de grossesse tubaire rompue ou non, et même, il faut bien le dire, dans certains cas, de poser seulement une indication opératoire, en présence d'un syndrome abdomino-pelvien plus ou moins aigu.

Ainsi, pas plus qu'elle n'en avait au point de vue clinique et pronostique, la torsion de trompe gravide n'a pas d'intérêt diagnostique.

Quant à la thérapeutique, il nous faut reconnaître que là encore le volvulus ne changera rien à la ligne de conduite que le chirurgien s'est tracée vis-à-vis des grossesses annexielles. L'ablation des annexes suffira dans la plupart des cas. La conservation d'un ovaire sain est indiscutée par beaucoup d'auteurs. Nous n'insistons pas, bien entendu, sur l'évacuation éventuelle d'un hématocele enkysté, d'un hématome intra-ligamentaire.

CONCLUSIONS

En somme, il ressort de ces quelques exemples trop rapidement étudiés, que la torsion de grossesse tubaire est toujours une découverte opératoire. D'autre part, elle n'a aucune espèce d'influence sur les suites opératoires d'une grossesse extra-utérine rompue ou non et opérée en temps voulu.

Elle pose, par contre, des problèmes pathogéniques et étiologiques dont la solution reste à découvrir.

Elle n'a donc qu'un intérêt purement anatomique et physiopathologique.

Enfin, c'est une affection très rare. Et c'est là surtout que nos deux observations puisent leur intérêt, étant donné la curieuse coïncidence dont elles font l'objet.

VU : *Le Président de Thèse,*
M. MONDOR.

VU : *Le Doyen de la Faculté,*
G. ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

TORSION DE GROSSESSE TUBAIRE

- CHARBONNEL-FOUREAU. — Grossesse tubaire, avec torsion de la trompe à droite, et kyste de l'ovaire non tordu, chez une femme opérée il y a huit ans de grossesse extra-utérine gauche. (*Bull. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*, 18, 209, mars 1929.)
- G. DOSSERA. — Un cas de grossesse tubaire avec torsion du pédicule. (*Acte obstét.*, Milano, 1921, XXXV, 2, 16.)
- LE BALLE. — Une observation rare de pyosalpinx tordu de la trompe gauche et avortement tubaire simultané de la trompe droite. (*Gynéc. et Obst.*, 191, 449-454, juin 1929.)
- P.-F. LIMA et R.-F. CARLINO. — La grossesse tubaire, cause de torsion de la trompe de Fallope. (*Hernance Muid*, 1, 968-769, 7 mars 1935.)
- A. MANDELTAMM. — Deux cas de torsion de trompe gravide. (*Zentrubl f. Gynak*, 52, 1.009-1.013, 21 avril 1928.)
- H.-L. POPPER. — Un cas de grossesse tubaire tordue et rompue. (*Zentrabl. f. Gynak*, 55, 1.278-1280, 4 avril 1931.) — (*Journal de Chirurgie*, t. 38, p. 764.) (Résumé par Desnarest.)
- J. REGAD. — La torsion des trompes utérines. (*Thèse de Lyon*, 1932, 450 pages avec 12 planches.)

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE LEGRAND
